THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Hagop ALYANAKIAN

Né à Constantinople, le 29 Novembre 1877
Moniteur à la Clinique Ophtalmologique de la
Faculté de Médecine de Paris

DES CAUSES DÉTERMINANTES

DE LA

KÉRATITE INTERSTITIELLE

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

Témoignage de ma pieuse affection

A MA SŒUR

A MON FRÈRE AINÉ

Qui guida mes études avec une sollicitude paternelle lorsqu'à l'âge de trois ans j'ai eu le malheur de perdre mon père.

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance infinie.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON COUSIN

Le Docteur GHAZAROSSIAN

En reconnaissance de ses bons conseils qui m'ont été très précieux.

A MON CHER MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur F. de LAPERSONNE

Professeur de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

Qui a bien voulu me faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, dont il a eu l'obligeance de m'inspirer le sujet lui-même.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de ma profonde reconnaissance et de ma respectueuse affection.

AVANT-PROPOS

Dès janvier 1914 désirant de nous perfectionner en ophtalmologie, nous avons trouvé l'accueil le plus bienveillant de la part de notre maître, M. le professeur de Lapersonne, dans son service de Clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu, où nous avons eu l'avantage de remplir les fonctions de moniteur jusqu'au mois de janvier 1917 et celles d'externe depuis septembre 1915 jusqu'à janvier 1917.

M. le professeur de Lapersonne a été toujours plein de bienveillance pour nous pendant tout le séjour que nous avons fait dans son service et dernièrement il a eu aussi l'obligeance de nous suggérer l'idée de ce travail, pour lequel nous avons pu consulter à la bibliothèque Javal les documents nécessaires et compulser en même temps dans les différentes salles du service les fiches d'observation de malades atteints de kératite interstitielle.

C'est également dans son service de l'Hôtel-Dieu que nous avons eu le bonheur de connaître M. le Dr Abadie, ce grand maître d'ophtalmologie, qui a bien voulu nous faire profiter de sa profonde expérience.

C'est à la paternelle bienveillance de ces deux maîtres que nous devons toutes nos connaissances en ophtalmologie et nous sommes heureux de leur témoigner ici l'hommage de notre éternelle reconnaissance.

Nous tenons à adresser l'hommage de notre respect et de notre reconnaissance à M. le professeur Debove, notre vénéré maître, qui a bien voulu nous honorer de sa confiance en 1917, époque pendant laquelle nous avons eu l'avantage de remplir les fonctions d'interne dans son service de l'Hôpital Beaujon.

M. le Dr Balzer, notre affectionné maître en dermatologie et syphiligraphie, a été d'une bonté paternelle à notre égard depuis 1917 jusqu'en 1919, période pendant laquelle nous avons rempli les fonctions d'interne dans son service de l'Hôpital Saint-Louis. Nous lui devons toutes nos connaissances en dermatologie et le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre profond et respectueux attachement.

Nous voulons également assurer de notre gratitude nos éminents maîtres en obstétrique, M. le professeur agrégé Démelin et M. le Dr Devraigne, qui ont été pour nous pleins de bienveillance pendant le stage que nous avons accompli en 1919 à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.

Notre cher maître, M. le Dr Castex, chargé de cours d'oto-rhino-laryngologie, a bien voulu nous initier dans cette spécialité à la Clinique de la Faculté

(1914-1916). Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

Qu'il nous soit enfin permis de renouveler notre gratitude à nos jeunes maîtres MM. les Drs Chenet, Toulant, Velter, Prélat et Monbrun qui ont bien voulu nous éclairer toujours par leurs bons conseils confraternels.

DES CAUSES DÉTERMINANTES

DE LA

KÉRATITE INTERSTITIELLE

INTRODUCTION

Il est admis aujourd'hui que la kératite interstitielle est une affection oculaire dyscrasique, intimement liée à l'état général, qu'elle constitue l'une des manifestations d'une infection générale chronique, souvent atténuée et latente, comme la syphilis héréditaire ou la tuberculose à marche très lente, mais la plupart du temps il faut une cause déterminante pour qu'elle puisse se déclarer. Quelles sont donc ces causes déterminantes ? Voilà ce que nous nous proposons d'étudier ici, notre maître, M. le professeur de Lapersonne, ayant attiré spécialement notre attention sur ce sujet.

Dans ce travail nous n'avons pas la prétention d'apporter des faits nouveaux, notre but au contraire est bien modeste, nous voulons simplement grouper ensemble les principales causes détermi-

nantes de la kératite interstitielle qui sont d'une observation courante et en faire une déduction pratique au point de vue de son traitement préventif qu'on doit instituer dans certains cas particuliers que nous allons préciser.

Mais avant d'aborder l'étude de ces causes déterminantes de la kératite interstitielle, il nous a semblé utile de faire tout d'abord la description sommaire de son aspect clinique, d'exposer rapidement sa nature, ses variétés et ses formes atypiques et de rappeler en deux mots sa fréquence et ses particularités, quoiqu'elles soient déjà bien connues.

Ainsi donc dans les pages qui vont suivre, après avoir rappelé brièvement les lésions anatomiques et les caractères cliniques de la kératite interstitielle, nous entrerons dans l'objet même de notre travail et nous parlerons de ses principales causes déterminantes. Nous serons ainsi amenés à dire deux mots sur l'utilité d'un traitement préventif qu'on ne doit pas négliger dans certains cas particuliers que nous allons indiquer. Nous y joindrons enfin quelques observations que nous avons pu recueillir soit à la consultation externe soit dans les différentes salles du service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Description sommaire de l'aspect clinique de la kératite interstitielle, ses variétés et ses formes atypiques, sa fréquence et ses particularités

---

La kératite interstitielle est constituée, comme on le sait, par l'infiltration inflammatoire diffuse des parties moyennes et profondes du parenchyme cornéen, c'est-à-dire de la substance propre de la cornée, au-dessous de la membrane de Bowman et au voisinage de la membrane de Descemet, sans perte de substance superficielle.

Elle est aussi appelée kératite parenchymateuse, profonde, diffuse ou uvéite antérieure (Stellwag), toutes ces appellations indiquent le siège et les caractères de l'affection.

On décrit en général deux grandes variétés de kératite interstitielle : 1° la kératite d'Hutchinson ; 2° la kératite tuberculeuse.

Comme on le voit, ce n'est qu'une classification étiologique. Au fond il n'y a qu'une seule kératite interstitielle, mais elle présente quelques caractères particuliers suivant qu'elle se produit sur un terrain

hérédo-syphilitique ou sur un terrain scrofulo-tuberculeux.

1° La kératite d'Hutchinson

C'est la kératite hérédo-syphilitique, elle est caractérisée par une infiltration diffuse et lente du tissu propre de la cornée et constitue l'un des trois éléments de la triade d'Hutchinson qui est, comme on le sait, le syndrome caractéristique de la syphilis héréditaire, consistant en la coexistence de malformations dentaires, de lésions oculaires et de lésions auriculaires.

A l'état normal, la cornée doit sa transparence à la disposition régulière de ses lames, à la parfaite homogénéité des parties qui entrent dans la constitution de son tissu propre, mais chaque fois qu'un élément nouveau vienne à dissocier ses fibres, il en résulte un défaut de transparence, une opalescence ou une opacité, c'est précisément ce mécanisme qui donne naissance à la kératite interstitielle.

Au début l'infiltration cellulaire se fait par foyers, séparés les uns des autres par une zone transparente plus ou moins étendue, mais bientôt plusieurs foyers peuvent se réunir et l'infiltration peut gagner la totalité de la cornée. Dans cette affection les fibres ne subissent pas d'ordinaire une altération fondamentale, elles sont tassées et repoussées les unes contre les autres, mais conservent leur vitalité, il n'y a pas de destruction d'éléments anatomiques,

voilà pourquoi la cornée peut, dans la grande majorité des cas, recouvrer sa transparence, surtout après un traitement efficace et approprié. Il faut noter cependant que quelques auteurs, comme Axenfeld et d'autres, admettent au contraire la fonte des lamelles cornéennes. D'après ces auteurs le détritus nécrosé serait résorbé et la perte de substance créée par la nécrose serait comblée par la pénétration des corpuscules cornéens voisins et des vaisseaux sanguins qui favoriseraient la production d'un tissu conjonctif néoformé.

Quoi qu'il en soit, au bout d'un temps variable de plusieurs semaines à plusieurs mois, des vaisseaux de nouvelle formation pénètrent dans l'épaisseur du tissu cornéen qui à l'état normal est avasculaire, c'est-à-dire dépourvu de vaisseaux sanguins et dont la nutrition est assurée par un système de canaux lymphatiques, au moyen desquels communiquent les espaces ou les lacunes situées dans le ciment qui sépare les lames cornéennes.

En même temps que cette néo-vascularisation profonde, il se produit un pannus tenuis à la surface de la cornée et l'épithélium antérieur qui n'était pas touché jusque-là, perd son aspect poli, devient irrégulier par places et peut être plus ou moins boursouflé en certains points sans être détruit cependant. Dans certains cas l'infiltration peut gagner l'iris et tout le tractus uvéal et peut donner naissance à des phénomènes glaucomateux sérieux.

En se basant sur les lésions anatomiques obser-

vées au cours de l'évolution de cette affection, on peut donc admettre trois périodes : 1° période d'opacification ou d'infiltration ; 2° période de vascularisation ; 3° période de résolution ou de régression. Mais cette division en trois périodes est un peu artificielle, car ces périodes s'imbriquent le plus souvent et elles sont très variables comme durée. En tout cas chacune de ces périodes a une marche très lente, surtout la dernière qui peut durer des mois et même des années et au cours de laquelle on voit souvent survenir des poussées aiguës.

1° *Période d'infiltration ou d'opacification.* — Le plus souvent dans la région paracentrale ou vers la périphérie de la cornée on voit apparaître un point central brillant entouré d'une zone grisâtre, l'examen à l'éclairage oblique montre bien que cette opacité siège dans le parenchyme, c'est-à-dire dans l'épaisseur même de la cornée et que la surface est intacte. Plusieurs points semblables peuvent se grouper ensemble formant des séries de petits foyers séparés de tissu sain (aspect de verre pilé), ou bien il peut exister une opalescence, une seule tache large, uniforme, occupant le centre, qui grandit et devient de plus en plus opaque. Dans cette période initiale on peut trouver presque constamment une très légère injection périkératique et quelquefois un aspect légèrement dépoli de l'épithélium cornéen. Le larmoiement et la photophobie ne sont pas bien accusés et il va de soi que le trouble de la vue se trouve en rapport avec le siège et les dimensions des opacités.

2° *Période de vascularisation.* — Dans cette période une partie de la périphérie de la cornée commence à se troubler, des vaisseaux de nouvelle formation pénètrent par là dans l'épaisseur de la cornée et donnent à cette région l'aspect d'une tache de sang ; cette vascularisation, cette infiltration hématique se dirige vers les opacités, tandis qu'un pannus localisé, un lacis de petits vaisseaux superficiels recouvre la surface de la cornée, celle-ci perd complètement son éclat et prend un aspect chagriné gênant l'examen des parties profondes. Dans certains cas on peut observer une réaction conjonctivale intense telle que toute la conjonctive bulbaire prend un aspect chémotique, de coloration rouge uniforme. Dans cette période également des troubles fonctionnels, comme la photophobie, le larmoiement, le blépharospasme et les douleurs intra et péri-orbitaires se manifestent avec une intensité extrême et l'acuité visuelle peut être réduite à la perception lumineuse. Ces phénomènes peuvent durer de trois à six semaines même pendant plusieurs mois et il n'est pas rare de constater des complications irido-cyclitiques et des modifications de la tension intra-oculaire. Cette dernière est en général diminuée, mais on peut constater une brusque augmentation glaucomateuse avec des douleurs circumorbitaires violentes qui s'exaspèrent encore davantage si l'on continue l'emploi des mydriatiques, qui, dans ce cas, doivent être immédiatement supprimés et même remplacés par les myotiques, en attendant que la tension

revienne à la normale. Dans cette période on peut donc observer tantôt une iridocyclite atrophiante avec diminution de tonus, tantôt au contraire une iridocyclite glaucomateuse.

Dans des cas rares, on ne constate pas cette période de vascularisation, toute néoformation vasculaire fait défaut d'une façon permanente, c'est la kératite interstitielle non vasculaire, *avascalosa* des auteurs allemands, qui a une marche excessivement lente. C'est dans cette forme avasculaire qu'on a signalé dans quelques cas extrêmement rares, une fonte brusque de la cornée avec hernie de l'iris, alors que dans la forme habituelle de la kératite interstitielle, sauf une légère desquamation partielle qui se produit parfois, à titre de complication, sur l'épithélium cornéen, on ne constate jamais de perte de substance superficielle, la membrane de Bowman restant toujours intacte.

3° *Période de résolution ou de régression.* — Dans cette période terminale, qui est toujours lente, car elle peut durer plusieurs semaines et même plusieurs mois, les troubles fonctionnels et la vascularisation diminuent, l'opacité s'éclaircit de la périphérie vers le centre et la cornée peut dans des cas heureux recouvrer sa transparence complète, tout l'exsudat étant repris par la circulation (*restitutio ad integrum*), ou bien parfois, surtout dans les formes atypiques de la maladie, dans la kératite interstitielle à forme triangulaire ou à forme annulaire par exemple que nous allons voir tout à l'heure, la transparence ne revient

pas et il persiste des opacités profondes qui peuvent notablement diminuer l'acuité visuelle. C'est dans cette période que l'on voit survenir de nouvelles poussées aiguës d'infiltration et de vascularition, qui font réapparaître de nouveau tous les phénomènes douloureux qui avaient complètement disparu depuis déjà un certain temps, quelquefois même depuis deux ou trois ans. On peut cependant dire que dans la moitié des cas environ on constate une guérison définitive avec une acuité visuelle excellente, la transparence complète de la cornée se produisant finalement au bout d'un certain temps.

On a décrit quelques variétés de cet aspect clinique : dans une première forme on peut voir par exemple une infiltration triangulaire à la partie inférieure, le sommet du triangle remontant jusqu'au centre de la cornée, avec un pannus localisé de même à la partie inférieure, c'est la kératite interstitielle triangulaire (Michel) qui laisse à sa suite une opacité triangulaire persistant longtemps comme un stigmate de syphilis qui permet de faire, chez des sujets de 20 à 25 ans, le diagnostic rétrospectif d'une kératite syphilitique.

Vossius a décrit une deuxième forme sous le nom de kératite zonulaire ou annulaire dans laquelle l'opacité se présente sous forme d'un anneau occupant une place intermédiaire entre le centre qui est transparent et le limbe dont il est séparé par une partie périphérique également transparente.

Enfin M. le professeur de Lapersonne a décrit une troisième forme sous le nom de kératite ponctuée blanche dans laquelle on constate des séries de points blancs réfringents qui persistent longtemps après la guérison de la kératite. Dans un cas cité par M. le professeur de Lapersonne, cette disposition spéciale a persisté 30 ans après la guérison de la maladie.

Comme nous venons de le dire, quel que soit son aspect clinique, cette variété de kératite interstitielle reconnaît pour cause la syphilis héréditaire, dont elle représente l'une des manifestations les plus tardives. Elle est la plus fréquente et d'après certains statistiques elle forme environ le 5 ou 6 pour 100 des affections oculaires. D'après notre maître, M. le professeur de Lapersonne, on la constate une ou deux fois sur 100 malades venus à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Très rare chez l'adulte au-dessus de 25 à 28 ans, elle se présente surtout chez les enfants de 6 à 15 ans avec maximum de fréquence vers 12 ans et elle diminue à partir de 15 ans, mais on l'a signalée aussi dans la toute première enfance et on a décrit chez les adolescents à partir de 15 ans une forme atypique, une kératite interstitielle à forme triangulaire (Th. de Onfray) et M. le professeur de Lapersonne a remarqué que pendant la guerre des blessés se présentaient parfois avec une kératite interstitielle à forme grave, de même origine.

Cette variété de kératite interstitielle était confondue autrefois avec les kératites scrofuleuses (cornéite scrofuleuse de Mackenzie) et c'est Hutchinson

qui l'a nettement séparée et en a fait, avec les altérations dentaires et les lésions auriculaires, une triade symptomatique qui permet d'affirmer à coup sûr la syphilis héréditaire. D'après une statistique (travail de Huguenin), sur 100 cas d'hérédo-syphilis avérée, on a trouvé 59 fois la présence d'une kératite interstitielle, 44 fois des manifestations dentaires et 16 fois seulement des altérations de l'oreille. Quelques auteurs, surtout Panas, ont combattu les idées de Hutchinson, mais aujourd'hui il est universellement admis que cette affection fait son apparition sur un terrain hérédo-syphilitique et il est fréquent de constater chez le sujet atteint de cette affection, au moins quelques-uns des stigmates, des tares organiques de la syphilis héréditaire : les dents de Hutchinson et les lésions de l'oreille qui sont déjà classiques, et nous pouvons y ajouter, avec M. le Docteur Cantonnet, un 4e signe, l'arthropathie du genou avec hydarthrose et lésion des cartilages, des ligaments et parfois même avec lésion osseuse. Nous ne voulons pas insister sur les stigmates secondaires comme le front olympien, le nez en selle ou en lorgnette, la voûte palatine ogivale, les traces de rhagades aux commissures buccales, l'adénopathie cervicale, l'engorgement des ganglions sus-épitrochléens, les lésions de squelette comme les exostoses, etc., ni sur la fréquence des fausses-couches ou la polyléthalité infantile qu'on découvre parfois dans les renseignements de famille, ce sont des choses déjà très connues.

Si l'on pratique chez ces sujets atteints de kératite interstitielle la réaction de Bordet-Wassermann, celle-ci donne assez fréquemment un résultat positif, ce qui indique l'existence d'une syphilis en évolution, mais si le résultat est négatif, on sait que ça ne prouve pas l'absence de la syphilis, ça indique seulement que la syphilis n'est pas en activité et il conserve quand même son utilité et son importance au point de vue de la direction de la thérapeutique, car dans ce cas au lieu d'instituer un traitement intensif contre la syphilis, on peut se contenter d'un traitement moins énergique. Et ce traitement spécifique ne laisse pas de doute sur la nature syphilique de l'affection, il est en effet surprenant de voir dans certains cas avec quelle rapidité les phénomènes inflammatoires s'amendent, les lésions régressent et les opacités s'éclaircissent sous l'influence d'un traitement spécifique (une série de novarsenobenzol ou même onguent napolitain en friction pendant dix jours ou bien une série de 12 injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre à un centigramme tous les deux jours, par exemple). Mais il ne faut pas oublier qu'à côté de ces cas heureux qui cèdent facilement au traitement spécifique, il y en a malheureureusement d'autres où l'on ne voit pas du tout une amélioration immédiate et malgré le traitement spécifique dûment institué on voit apparaître une opacité qui s'étend de plus en plus et même dans certains cas l'affection gagne l'autre œil et évolue avec les mêmes caractères que ceux observés sur l'œil le

premier atteint et cela pendant que le sujet se trouve en plein traitement. Cette particularité très importante est fort connue et souvent observée par les ophtalmologistes dans cette affection, d'où la nécessité de prévenir le malade ou son entourage de cette éventualité et de formuler quelques réserves pour le pronostic et pour la durée de cette maladie. La kératite hutchinsonienne frappe en effet les deux yeux, elle est presque toujours bilatérale, mais souvent le second œil est atteint quand le premier frappé est arrivé à la période d'acmé, au sommun, à l'apogée de son évolution ; parfois cependant l'intervalle qui sépare l'atteinte des deux yeux est tellement court que ceux-ci paraissent être atteints presque simultanément.

2° Kératite interstitielle tuberculeuse

C'est la forme infiltrée ou profonde de la tuberculose cornéenne par opposition à la forme ulcéreuse ou superficielle qui coïncide avec le lupus de la face et de la conjonctive et se présente sous la forme de petits grains jaunâtres sur la cornée, comme une éruption de tubercules miliaires, s'accompagnant parfois d'une opacification interstitielle diffuse plus ou moins étendue et d'une injection épisclérale plus ou moins accentuée. Ces grains se fusionnent, s'ulcèrent et l'ulcération peut se cicatriser en laissant une taie opaque.

La forme infiltrée ou profonde au contraire pré-

sente tout à fait l'aspect clinique et les caractères anatomiques de la kératite hutchinsonienne, seulement l'infiltration cellulaire se manifeste ici avec une disposition nodulaire particulière. Ces nodules sont constitués par des cellules rondes entourant des cellules épithélioïdes et des cellules géantes, comme les follicules et les granulations tuberculeuses. Quelquefois ces nodules se caséifient et entraînent la destruction de la cornée qui nécessite l'énucléation de l'œil. Dans tous les cas l'éclaircissement complet de la cornée est presque exceptionnel dans cette forme, le pronostic est donc toujours mauvais.

La kératite interstitielle a été considérée successivement comme une manifestation rachitique, scrofuleuse, hérédo-syphilitique. Aujourd'hui on est d'accord pour dire que dans la très grande majorité des cas elle reconnaît une origine spécifique ; dans tous les autres, elle n'est, d'après le professeur Fournier, que la manifestation d'un trouble de nutrition que diverses influences morbides peuvent réaliser (tuberculose, rhumatisme, impaludisme, goutte, influenza, affections utérines, et d'une manière générale toutes les infections). M. le Dr Abadie, dans son traité des maladies des yeux, sans nier l'influence de la syphilis héréditaire, pense qu'elle n'est pas unique, et qu'en dehors de la syphilis, d'autres causes diathésiques, susceptibles d'entraîner la déchéance de l'organisme ou un état de profonde anémie, peuvent avoir le même résultat fâcheux.

Il est donc bien entendu que la kératite intersti-

tielle est très fréquemment d'origine hérédo-syphilitique, mais d'autres états dyscrasiques aussi peuvent la provoquer (kératite parenchymateuse dyscrasique de Panas). C'est ainsi qu'on a cité quelques cas excessivement rares attribuables au paludisme, au rhumatisme, à la goutte, à l'athrepsie, au diabète ; on l'a constaté à la période ultime de cancer, de la tuberculose, et quelquefois on l'a découverte chez les nourrissons cachectiques, on a même signalé quelques cas à la suite de vaccination antityphique et paratyphique. Mais le plus souvent, après l'hérédo-syphilis, comme nous venons de le voir, c'est la tuberculose qui est à l'origine de cette affection oculaire et il y a même des cas qui s'aggravent sous le traitement antisyphilitique et dès qu'on le supprime et qu'on institue un traitement reconstituant, on constate une amélioration notable suivie bientôt d'une guérison rapide. Von Hippel a dit que dans la moitié des cas la kératite interstitielle est d'origine tuberculeuse, il exagère certainement, mais d'une façon générale on peut dire que la kératite interstitielle neuf fois sur dix reconnaît pour cause la syphilis héréditaire, puis vient la tuberculose et parfois il y a association des deux infections étiologiques chez le même sujet. Il ne faut pas oublier cependant que parfois la lèpre aussi peut donner naissance à une kératite interstitielle qui est rarement primitive dans ce cas et s'accompagne le plus souvent avec un léprome de la sclérotique ou de l'épisclère et il faut avouer que dans

des cas incipiens le diagnostic est assez difficile.

M. le professeur de Lapersonne a cité dans ses leçons cliniques un cas analogue très caractéristique, il s'agit d'un jeune soldat, originaire de la Martinique, qui se présente avec une kératite interstitielle, on découvre chez lui au niveau de la région frontale un nodule dans lequel on met en évidence la présence des bacilles de Hansen, on trouve en même temps une zone d'anesthésie dans le territoire cutané innervé par le nerf cubital, qui finit d'ailleurs plus tard par une griffe cubitale. Ce soldat fait ultérieurement un coït malheureux et attrape aussi un chancre infectant qui évolue, mais chez lui la kératite interstitielle avait précédé le chancre. Quelque temps après le frère de ce soldat se présente également avec une kératite interstitielle d'origine lépreuse. Voilà donc des cas de kératite interstitielle qui sont incontestablement d'origine lépreuse.

On a même signalé, ces temps derniers, quelques cas de kératite interstitielle de nature sporotrichosique, confirmée par les recherches de laboratoire (Bourdier-Toulant).

La kératite interstitielle s'observe également dans la période secondaire de la syphilis acquise, mais elle se présente ici d'une façon un peu spéciale, c'est qu'elle est presque toujours secondaire, elle est précédée par des lésions d'iritis ou d'irido-cyclite qui dominent la scène, tandis que elle, la kératite interstitielle, reste au second plan et n'apparaît dans ce cas que comme un épiphénomène, comme une réac-

tion cornéenne au cours d'une iritis ou d'une irido-cyclite syphilitique, c'est le retentissement sur la cornée de l'affection irienne, ainsi que réciproquement la kératite hutchinsonienne ne va pas sans retentissement sur l'iris et il se produit presque toujours une réaction irienne plus ou moins intense consécutive à la lésion cornéenne, et quoi qu'à travers le trouble de la cornée on ne s'en aperçoit pas, on peut néanmoins déceler sa présence soit par les modifications de la tension intra-oculaire (hypotension ou hypertension), soit par la douleur que l'on provoque par la pression au niveau de la région du corps ciliaire, car entre ce dernier et l'iris il existe une solidarité, l'inflammation de l'un retentissant sur l'autre, de sorte que dans toute iritis on trouve une participation du corps ciliaire, une cyclite d'une intensité très variable d'ailleurs.

Il y a donc presque constamment une réaction irienne qui suit la kératite interstitielle dans l'hérédo-syphilis et une réaction irienne, une iritis qui la précède dans la syphilis acquise.

La kératite interstitielle de la syphilis acquise présente en outre quelques caractères particuliers. Elle est d'abord moins fréquente que la kératite hutchinsonienne et puis son aspect clinique et son allure diffèrent un peu. En effet la kératite interstitielle de la syphilis acquise se présente le plus souvent un an après la contagion avec un début brusque, rapide, mais sous une forme atténuée et avec une marche évolutive beaucoup plus rapide ; l'infiltration

se localise le plus souvent à la périphérie affectant la forme d'un croissant ou envahit parfois un secteur plus ou moins étendu de la membrane dont le centre est rarement atteint (type segmentaire) ; les phénomènes réactionnels, cette photophobie extrême et ces douleurs intenses, qui sont habituels dans la kératite d'Hutchinson, sont ici très atténués ; la lésion cornéenne reste en général limitée à un seul côté, elle est rarement bilatérale ; l'affection est ici de moindre durée et de pronostic plus favorable car les récidives sont moins fréquentes et la cornée recouvre le plus souvent toute sa transparence. Cependant lorsqu'il existe des lésions concomitantes importantes du côté des membranes profondes, le pronostic devient beaucoup moins favorable, car un glaucome secondaire peut survenir et des troubles visuels peuvent persister par la suite.

Causes déterminantes de la kératite interstitielle

La kératite interstitielle, dont nous venons de tracer sommairement les lésions anatomiques et les caractères cliniques, qu'elle soit de nature hérédo-syphilitique, scrofulo-tuberculeuse ou tout autre, a besoin la plupart du temps d'une cause déterminante quelconque pour faire son apparition.

On peut diviser les causes déterminantes de la kératite interstitielle en deux groupes : 1° les causes générales ; 2° les causes locales.

1° **Causes déterminantes générales.** — Comme causes déterminantes générales on peut citer toutes les maladies générales, comme la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, la grippe, etc., ainsi que le surmenage, la fatigue excessive. Ces causes agissant sur un terrain entaché déjà d'une tare constitutionnelle comme l'hérédo-syphilis ou la tuberculose, entraînent beaucoup plus facilement l'affaiblissement de l'état général et la déchéance de l'organisme et peuvent jouer ainsi le rôle de facteur occasionnel de la kératite interstitielle ; on peut dire que la cornée qui se trouvait jusque-là en état d'équilibre instable, à mesure que l'état général s'affaiblit sous l'influence de ces causes, fléchit elle aussi, perd de plus en plus sa résistance et finalement on voit apparaître une kératite interstitielle. Tantôt au cours d'une maladie générale, comme la rougeole ou la variole par exemple, il se produit une localisation de la manifestation générale sur la cornée ou la conjonctive, la maladie générale disparaît, mais cette localisation cornéenne ou conjonctivale persiste, ne guérit pas et par la suite c'est la kératite interstitielle qui évolue. Il n'est pas rare en effet de voir apparaître une kératite interstitielle à la suite d'une rougeole ou d'une variole (Obs. I). Parfois elle est consécutive à une grippe (Obs. II, III), ou elle survient au décours ou pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde ; d'autres fois elle apparaît après une scarlatine et quelquefois c'est la coqueluche qui donne naissance à une kératite

interstitielle et on sait déjà combien sont fréquentes les ecchymoses, les hémorragies sous-conjonctivales provoquées par les quintes de toux dans cette dernière maladie.

Tantôt c'est le surmenage, la fatigue excessive qui déclanche une kératite interstitielle et M. le professeur de Lapersonne a cité dans ces leçons cliniques plusieurs cas de kératite interstitielle survenue chez des soldats âgés de 25 ans à la suite de surmenage de la guerre, de fatigue de la campagne, ces malades ont eu tous, d'ailleurs avec raison, la réforme n° 1.

2° **Causes déterminantes locales.** — Les causes déterminantes locales sont de beaucoup les plus importantes. Parmi ces causes on peut citer d'une part les inflammations locales de la cornée et de la conjonctive, de l'autre part les traumatismes oculaires.

α) *Inflammations locales de la cornée et de la conjonctive.* — Parmi les inflammations locales pouvant déterminer l'apparition de la kératite interstitielle, de beaucoup la plus fréquente, c'est la kérato-conjonctivite phlycténulaire (Observation IV). Il arrive souvent qu'un enfant, une petite fille le plus souvent (les statistiques de Parinaud, de Fournier et de von Hippel sont d'accord sur la prédominance de l'affection dans le sexe féminin), se présente avec une kérato-conjonctivite phlycténulaire typique, avec une ou plusieurs phlytènes siégeant sur la conjonctive, sur le limbe scléro-cornéen ou sur la cornée,

ces deux dernières localisations produisant une photophobie intense, un larmoiement abondant et un blépharospasme très accentué. On institue le traitement classique avec des compresses chaudes, cocaïne, atropine, la pommade au précipité jaune ou la pommade à l'iodoforme, bandeau ou lunettes fumées pour protéger l'œil malade contre la lumière et comme fortifiant on prescrit intérieurement le sirop iodotannique ou une préparation analogue. L'affection continue sa marche plus ou moins longtemps, avec des récidives et des poussées plus ou moins espacées, finalement l'intensité de la phase aiguë disparaît, les symptômes s'amendent, mais l'œil ne guérit pas complètement ; l'hypérémie conjonctivale caractéristique qui se dessinait au début sous forme d'un triangle et dont l'un des angles correspondait à la phlyctène, diminue beaucoup, mais la conjonctive ne revient pas à son état normal, il persiste un peu de rougeur et en plus il se développe un pannus et la petite malade accuse toujours un peu de photophobie. Ce pannus persiste longtemps et malgré le traitement approprié ne disparaît pas. On dit que c'est un pannus des strumeux et un beau jour la malade se présente à la consultation avec une kératite présentant tous les caractères d'une kératite interstitielle avec l'infiltration de la cornée, le reflet et l'aspect chagriné tout à fait caractéristique. C'est donc la kératite interstitielle syphilitique qui a insidieusement évolué après la kératite phlycténulaire.

Mais parfois aussi c'est une kératite interstitielle

de nature tuberculeuse qui succède à une kérato-conjonctivite phlycténulaire, qui est considérée d'ailleurs elle aussi par beaucoup d'auteurs comme une affection de même nature ; en effet elle apparaît surtout chez les enfants et les sujets jeunes, à tempérament dit lymphatique ou strumeux et demande pour mieux se développer un terrain prédisposé, préparé par une tuberculose latente, plus ou moins atténuée. Panas l'a décrite sous le nom d'ophtalmie scrofuleuse, lymphatique, et ces temps derniers les phlyctènes ont été, avec juste raison, considérées comme des tuberculides ou toxi-tuberculides, ces deux formations, phlyctène et tuberculide, ayant au point de vue anatomo-pathologique la même composition et la même disposition histologique.

Après la kérato-conjonctivite phlycténulaire, tantôt c'est une conjonctivite granuleuse par exemple qui laisse à sa suite une kératite interstitielle et tantôt c'est une lésion locale quelconque de la cornée ou de la conjonctive qui lui donne naissance. Dans 1 cas de Valude elle est survenue au cours d'une conjonctivite à streptocoques.

Dans tous ces cas il paraît que la cornée sous l'influence d'une atteinte antérieure se trouve dans un état de moindre résistance et l'infection générale y produit plus facilement sa manifestation.

Parfois la kératite interstitielle s'installe à la suite d'une lésion de voisinage. Chez une jeune malade nous avons pu constater très nettement des poussées de kératite interstitielle consécutives à des caries

dentaires, les déclarations de la malade ont été très catégoriques et affirmatives à ce sujet (Observation V), et Onfray a déjà cité des cas analogues dans sa thèse. D'autres fois elle suit une affection auriculaire, une otite moyenne catarrhale ou suppurée par exemple.

β) *Traumatismes oculaires.* — Le rôle important que le traumatisme joue dans la génèse d'une foule d'affections est déjà fort connu dans la pathologie générale et démontré aussi expérimentalement sur les animaux. Un traumatisme quelconque, souvent une contusion se produisant sur un terrain prédisposé, agit comme un facteur occasionnel et détermine l'apparition d'une affection qui était restée latente jusque-là ; c'est ainsi que les lésions traumatiques de la conjonctive et de la cornée constituent pour la kératite interstitielle une cause déterminante de très grande importance ; ce sont surtout les traumatismes superficiels de la cornée ou de la conjonctive, avec ou sans corps étrangers (Observation VI) et parfois même une simple contusion de l'œil (Observation VII), qui agissent comme une cause déterminante et donnent lieu à l'apparition de la kératite interstitielle qui évolue ultérieurement avec tous ses symptômes habituels.

L'influence que le traumatisme exerce sur le développement de la kératite interstitielle a été déjà observée et signalée par quelques auteurs et déjà Brönner, cité par Terrien, aurait observé 3 cas de kératite interstitielle avec choroïdite périphérique, due à la syphilis apparue à l'occasion d'un traumatisme et

Stolper a insisté sur la relation existant entre la syphilis et le traumatisme.

Valude a également signalé 1 cas de kératite interstitielle typique, survenue à l'occasion d'une érosion légère de la cornée par un grain de sable chez un jeune homme de dix-huit ans, hérédo-syphilitique, qui était bien portant et sans aucune manifestation spécifique jusqu'au jour de cet accident (*France médicale*, 20 mars 1891).

Cette circonstance a été fréquemment observée dans les accidents de travail et au point de vue médico-légal on comprend tout de suite l'importance de cette question qui a donné lieu à beaucoup de controverses entre les sociétés d'assurance et les accidentés du travail. En pareil cas le tribunal ne prend pas en considération l'état antérieur de l'ouvrier ou de l'employé ; en effet, d'après la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, l'état antérieur n'entre pas en ligne de compte et le traumatisme ayant été la cause déterminante de la kératite interstitielle, si le traitement de celle-ci dure six mois ou un an et s'il reste une séquelle, une diminution de l'acuité visuelle consécutive à cette affection, tout çà c'est à la charge du patron, dont la responsabilité est complète, s'il arrive une complication au cours du traitement.

Mais pour qu'on puisse admettre une relation de cause à effet entre le traumatisme et la kératite interstitielle, il faut que l'intervalle de temps qui sépare les deux ne soit pas très long et si pour l'ophtalmie sympathique un intervalle de 6 mois, de

un ou deux ans par exemple est encore admissible, pour la kératite interstitielle un intervalle de six mois est déjà long, il faut que cette dernière affection apparaisse peu de temps après, 15 jours, un mois tout au plus après le traumatisme. Si la kératite survient 6 mois après l'accident du travail, on ne peut pas admettre qu'elle soit en rapport avec cet accident.

A côté des traumatismes parfois les brûlures superficielles de la cornée ou de la conjonctive aussi peuvent occasionner une kératite interstitielle. Dans un cas observé dernièrement par M. le Dr Prélat, assistant du service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, une légère brûlure superficielle de la cornée par un fer à friser, intéressant seulement l'épithélium cornéen, a été le point de départ d'une kérato-conjonctivite intense, qui a évolué ultérieurement comme une kératite interstitielle des plus typiques chez une jeune fille hérédo-syphilitique âgée de 19 ans.

— L'intérêt de la question que nous venons d'exposer très sommairement, c'est surtout au point de vue du traitement préventif de la kératite interstitielle. En effet connaissant ainsi les causes déterminantes de cette affection oculaire, chaque fois que nous nous trouvons en présence de l'une d'elles, sans nous contenter d'un simple examen local de l'organe de la vision, nous devons rechercher soigneusement les stigmates de l'hérédo-syphilis que nous avons déjà mentionnés et si nous trouvons que le sujet présente

manifestement les signes d'une syphilis héréditaire ou acquise, ou si nous savons déjà que l'individu est syphilitique et même dans des cas douteux en faisant recours aux ressources du laboratoire (Réaction de Bordet-Wassermann), si nous dépistons chez notre malade l'existence d'une syphilis en évolution, pour éviter justement l'apparition d'une kératite interstitielle, nous devons tout de suite instituer en même temps que le traitement local approprié pour son œil, un traitement général antisyphilitique, qui sera suivant la période et l'intensité de la maladie générale, soit par les produits arsénicaux, soit par des sels mercuriels, soit enfin dans certains cas particuliers par les deux à la fois, c'est-à-dire un traitement mixte, qui agira non seulement comme un traitement spécifique à l'égard de la maladie générale, mais aussi comme un traitement préventif au point de vue oculaire, en préservant l'œil contre la kératite interstitielle, qui est, comme on sait, une affection très redoutable par ses suites, car en présence d'une telle affection on ne sait jamais quand et comment elle va se terminer et quelles en seront les suites immédiates et tardives. C'est donc dans le plus grand intérêt des malades que nous insistons sur l'opportunité de ce traitement préventif (Observation VIII).

OBSERVATIONS

Ces quelques observations que nous présentons à l'appui de ce que nous venons de soutenir, sont toutes personnelles et recueillies dans le service de clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION I (n° 6775).

Kératite interstitielle, suite de rougeole.

A... Marcel, 24 ans, s'est présenté pour la première fois le 7 juin 1917 à la consultation du service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, pour des troubles visuels des deux yeux. Sur sa fiche n° 6775 on a porté le diagnostic de kératite interstitielle double et on l'a soumis au traitement classique.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose à l'âge de 39 ans. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Une sœur bien portante, une autre morte, victime d'un accident, un frère mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de 2 ans, depuis ses yeux sont restés toujours rouges. A l'âge de 14 ans troubles visuels très accentués (kératite interstitielle), en même temps surdité d'abord à gauche, puis à droite.

Elle a eu, il y a un an, une grippe qui a duré 3 semaines, depuis quelques troubles visuels passagers.

État actuel. — Kératite interstitielle bilatérale plus éten due à gauche. Début il y a 1 mois 1/2 par l'œil gauche d'abord, puis l'affection a gagné l'œil droit qui est moins voilé. Réflexes pupillaires normaux, pas de réaction irienne apparente.

V. O. D. = Compte les doigts à 60 centimètres.

V. O. G. = Perception lumineuse.

Dents: les bords libres des incisives médianes supérieures sont échancrés.

Ecoulement de l'oreille droite et surdité de ce côté.

Le 17 avril 1920.— Wassermann positif.

Traitement. — Atropine, compresses chaudes et injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre (1 centgr. tous les 2 jours).

Le 22 avril 1920. — O. D. : Taie paracentrale de la cornée.

V. = 0,3 avec — 0ᵖ, 50.

O. G : Infiltration diffuse de la cornée avec aspect dépoli, chagriné, à la partie centrale et inféro-externe. Injection périkératique. L'iris paraît avoir participé à l'inflammation.

Fond d'œil inéclairable. T. = +.

V. = compte les doigts à 50 centimètres dans la direction du regard en dehors.

OBSERVATION IV (n° 1846)

Kératite interstitielle consécutive
à une kérato-conjonctivite phlycténulaire.

B... Charlotte, 11 ans 1/2, est amenée à la consultation du service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 27 février 1920, parce que ses yeux sont devenus rouges depuis une dizaine de jours.

Diagnostic. — O. D. G. : Kérato-conjonctivite phlycténulaire, impétigo du nez depuis 3 semaines.

Traitement. — Cocaïne, atropine, compresses chaudes pour ses yeux. Pommade jaune pour le nez.

Le 29 mars 1920. — Elle est ramenée à la consultation pour son œil droit qui est redevenu rouge depuis 5 jours.

Diagnostic. — O. D. : kératite interstitielle des plus caractéristiques avec photophobie, larmoiement et blépharospasme. Vascularisation à la partie supérieure de la cornée et de la conjonctive bulbaire.

V. = 0,4 avec + 1.

O. G. : légère taie centrale de la cornée.

V. = 0,4 avec + 1.

Traitement. — Atropine 2 fois par jour dans l'O. D. et compresses chaudes.

Le 31 mars 1920. — Wassermann négatif.

OBSERVATION V (n° 4993)

Poussées de kératite interstitielle consécutives à des caries dentaires.

B... Hélène, 19 ans, se présente le 3 juin 1920, à la consultation du service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, pour des troubles visuels.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un chaud et froid dans l'espace de 4 jours ? mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort à l'âge de 3 semaines de cause inconnue, un autre frère de 23 ans bien portant.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de 7 ans. A l'âge de 15 ans ayant tombé d'un escalier, elle s'est fracturée la jambe droite et a fait une entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite.

Depuis octobre 1918 jusqu'à janvier 1920 elle a souffert beaucoup de ses dents. En février 1919 ses première et deuxième grosses molaires supérieures gauches se sont cariées, elle les a fait plomber, mais pendant ce temps l'œil gauche est devenu rouge, elle sentait une gêne et un picotement dans l'œil qui pleurait beaucoup, la lumière lui faisait mal et la vue était troublée de ce côté. Elle est allée consulter un docteur qui lui a prescrit un collyre à la cocaïne, un autre à l'atropine, de la pommade jaune et des compresses chaudes, mais il n'a pas fait des injections.

En novembre 1919 ses deux premières grosses molaires droites (supérieure et inférieure) se sont également cariées, elle les a fait plomber aussi, mais elle a souffert beaucoup et

pendant le plombage de ces dents l'œil droit est pris à son tour avec rougeur, gêne et sensation de picotement dans l'œil, des douleurs oculaires et périorbitaires, photophobie, et larmoiement et des troubles visuels.

État actuel. — O. D. : opacité centrale de la cornée avec infiltration diffuse tout autour.

V. $= \frac{1}{25}$ non améliorable.

O. G. : Anciennes taies paracentrales (séquelles de kératite interstitielle).

V. = 0,9.

Le 9 juin 1920. — Wassermann positif.

OBSERVATION VI

Kératite interstitielle double, consécutive à un traumatisme cornéen avec corps étranger

B... Maurice, 19 ans, manœuvre spécialisé dans la mécanique, l'ajustage, est entré le 27 février 1920 dans le service d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu et hospitalisé dans la salle Cusco, lit n° 24, pour des troubles oculaires.

Antécédents héréditaires. — Parents morts de cause inconnue.

Antécédents collatéraux. — Un frère de 26 ans bien portant, un frère mort de la tuberculose à l'âge de 24 ans, une sœur morte en bas âge.

Antécédents personnels. — Le malade a été opéré pour des amygdales et des végétations adénoïdes à l'âge de 8 ans. Oreillons l'été dernier. Ne se souvient pas d'avoir eu mal aux yeux dans son enfance.

Histoire de la maladie. — En décembre 1919 il reçoit un copeau d'acier dans l'œil gauche, on l'enlève le jour même dans une clinique, mais l'œil devient rouge.

Il a été soigné pour cet accident pendant 8 jours, la rougeur a disparu et il a repris son travail. Trois semaines plus tard le même œil gauche a commencé à redevenir rouge, en même temps que la photophobie s'installait et que la vision diminuait de ce côté. Il va consulter aux Quinze-Vingts, on lui met de la cocaïne, de l'atropine et de la pommade jaune dans l'œil malade et on lui fait 9 piqûres de cyanure d'hydrargyre intraveineux pendant 3 semaines. Pendant ce temps l'œil droit est pris à son tour (15 jours après l'atteinte de l'œil gauche), avec rougeur, photophobie, léger larmoiement, des douleurs oculaires et périorbitaires et des troubles de la vision. Il rentre à l'Hôtel-Dieu le 27 février 1920.

Diagnostic. — Kératite interstitielle double avec violente réaction périkératique.

3 mars. — L'œil gauche commence à se déblayer un peu et la vision commence à s'améliorer de ce côté.

21 mars. — Novarsenobenzol : 0,60 centigrammes.

22 mars. — Douleur des genoux avec légère hydarthrose à droite. Température 37°4.

1er avril. — Empâtement marqué au genou droit avec atrophie musculaire. Empâtement et hydarthrose à gauche.

3 avril. — La cornée de l'œil gauche se déblaye sensiblement, on aperçoit l'iris et la pupille. Les genoux sont toujours empâtés. Mobilisation quotidienne.

Urines : normales.

Wassermann : positif.

7 avril. — Nouvelle série de cyanure intraveineux.

Etat actuel. — Le 8 mai 1920. — O. G. : Conjonctive : légère hyperémie.

Cornée : Petite cicatrice linéaire verticale et paracentrale vers 3 heures, de 1 millimètre de longueur (trace que le traumatisme a laissée sur la cornée).

Infiltration diffuse vers le centre, éclaircissement à la périphérie.

Iris, pupille : mydriase atropinique, pas de réaction irienne.

O. D. : Conjonctive : légère hyperémie.

Cornée : Opacité centrale, transparence à la périphérie.

Iris : normal.

Traitement. — Le malade a eu trois séries de cyanure intraveineux et une série de novarsenobenzol.

Localement, pour les yeux : cocaïne, atropine, compresses chaudes, verres teinte jaune Fieuzal n° 2.

Pour les genoux : teinture d'iode, bandage compressif, mobilisation méthodique quotidienne.

OBSERVATION VII (n° 2357)

Kératite interstitielle traumatique (contusion oculaire)

B... Edmond, 13 ans, est amené à la consultation du service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 11 mars 1920, pour des troubles visuels de l'œil droit.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Parents bien portants ; 3 frères, 6 sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler. Pas de stigmates d'hérédo-syphilis.

Histoire de la maladie. — Il a reçu, il y a 15 jours, des coups de poing sur l'œil droit, 8 jours après il commence à voir trouble du côté droit, il survient en même temps une photophobie et un larmoiement. On le conduit aux Quinze-Vingts, où on le soigne pendant 8 jours par des compresses chaudes et un collyre à l'atropine. Il sort des Quinze-Vingts sans être guéri et on l'amène à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — Le 11 mars 1920. — O. D. : Photophobie, larmoiement, blépharospasme, cornée dépolie par une large plaque centrale d'infiltration, mydriase atropinique, légère hypotension.

L'acuité visuelle est conservée, si ce n'est le trouble produit par l'infiltration, que le malade accuse dans le regard direct. En regardant de côté, le malade voit nettement.

O. G. : normal, V. = 1.

Traitement. — Compresses chaudes, pommade jaune, collyre à l'atropine.

Le 17 avril. — O. D. : Pas d'astigmatisme au Javal.

Opacité centrale de la cornée avec quelques îlots d'infiltration vers la périphérie à la partie externe, injection périkératique légère (kératite interstitielle).

V. O. D. = 0,1.

O. G. : normal, V. = 1.

Wassermann : faiblement positif.

OBSERVATION VIII (n° 5015)

Kérato-conjonctivite phlycténulaire nécessitant un traitement général antisyphilitique

Il s'agit d'une hérédo-spécifique de 19 ans qui a été atteinte déjà anciennement d'une kératite interstitielle bilatérale et guérie complètement depuis déjà 8 ans. Chez elle, la réaction de Bordet-Wassermann, qu'on a fait pratiquer sur les renseignements qu'elle a fournis sur ses antécédents personnels, a donné un résultat positif.

G... Germaine, 21 ans, vient consulter à l'Hôtel-Dieu le 7 juin 1920, pour son œil droit qui est devenu rouge depuis 15 jours environ.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose, il était alcoolique et avait des plaies sur le corps? Mère morte d'une congestion cérébrale à l'âge de 42 ans, elle avait mal aux yeux pendant les dix dernières années de son existence (de 32 à 42 ans), elle avait des taies consécutives à une kératite et ne voyait pas bien.

Antécédents collatéraux. — Ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — A part ses yeux, elle n'a jamais été malade. Une fausse couche de 4 mois 1/2 il y a 2 ans, 2 jours après une chute. Réglée à 13 ans, règles très irrégulières comme quantité et comme durée.

A l'âge de 11 ans, elle a eu mal aux yeux sans cause appréciable, ses deux yeux sont devenus rouges, elle voyait trouble et elle avait en même temps des douleurs dans les deux yeux. Elle a été consulter à l'Hôtel-Dieu et à cette

époque elle a été soignée par M. le Docteur Coutela. On avait porté le diagnostic de kératite interstitielle et on l'avait mise aux piqûres intraveineuses d'abord, puis ses veines n'étant plus accessibles, on lui a fait des injections intramusculaires. Localement on avait ordonné des gouttes de cocaïne, des gouttes d'atropine, de la pommade jaune et l'application des compresses chaudes. L'affection a duré pendant 2 ans et dans cette période elle a reçu environ 200 injections. La vue s'est améliorée, il restait seulement un peu de trouble du côté droit, comme s'il y avait un petit bâton devant l'œil.

A cette époque l'oreille gauche a commencé à couler, elle avait une otalgie et un abcès s'était formé dans l'oreille (otite moyenne suppurée). Actuellement l'oreille ne coule plus mais elle n'entend pas bien de ce côté.

Histoire de la maladie actuelle. — Il y a 15 jours environ des cils sont tombés dans l'œil droit et ont provoqué une irritation.

L'œil est devenu rouge en même temps que la photophobie s'est installée avec larmoiement. On met de la cocaïne, on enlève les cils, on fait des compresses chaudes, ça s'améliore un peu mais n'étant pas complètement guérie, elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — O. D.: Légère taie centrale de la cornée et quelques points d'infiltration vers 8 et 9 heures. L'œil est injecté, légère injection périkératique plus marquée vers 8 et 9 heures. Photophobie, larmoiement.

L'œil présente l'aspect d'une kératite ulcéreuse vascularisée dans le tiers externe de la cornée. Blépharite.

V. = 0,3.

V. O. G. = 1.

Traitement. — Atropine, pommade jaune, des compresses chaudes.

Le 9 juin 1920. — Wassermann positif.

O. D. : Aspect de kératite phlycténulaire, la phlyctène siégeant vers 11 heures. Anciennes taies centrale et paracentrale de la cornée vers 7 heures.

Traitement. — On continue le même traitement local et en même temps on met la malade aux injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre (1 centigramme tous les 2 jours), malgré l'apparence phlycténulaire de la kératite qui, à un moment donné, peut devenir une kératite interstitielle chez ce sujet qui est hérédo-spécifique.

CONCLUSIONS

I. — La kératite interstitielle, quoique une affection dyscrasique, liée le plus souvent à l'hérédo-syphilis, a pourtant besoin la plupart du temps d'une cause déterminante pour se déclarer.

II. — Cette cause déterminante peut être ou d'ordre général intéressant tout l'organisme et produisant ultérieurement une répercussion fâcheuse du côté des yeux, ou bien d'ordre local n'intéressant que l'appareil de la vision.

III. — Parmi les causes générales les maladies infectieuses aiguës qui produisent un affaiblissement extrême de l'état général, les maladies chroniques cachectisantes qui provoquent la déchéance de l'organisme et les fièvres éruptives avec localisation cornéenne ou conjonctivale ainsi que le surmenage, la fatigue générale jouent un rôle important comme facteurs occasionnels de la kératite interstitielle.

IV. — Parmi les causes locales, les inflammations locales de la cornée et de la conjonctive, principalement la kérato-conjonctivite phlycténulaire d'une part, d'autre part, les lésions traumatiques de l'œil, surtout les traumatismes superficiels de la cornée

sont les plus fréquentes et au point de vue médico-légal les traumatismes oculaires ont une très grande importance dans les accidents du travail.

V. — Connaissant ainsi les causes déterminantes de la kératite interstitielle, en présence de l'une de ces causes nous devons rechercher soigneusement d'abord par les moyens cliniques ensuite par les moyens du laboratoire si nécessaire, la syphilis héréditaire ou acquise et en même temps que le traitement local nous devons instituer un traitement général anti-syphilitique qui agira comme une cure préventive contre la kératite interstitielle.

Vu : le Président de la thèse,
DE LAPERSONNE

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Des manifestations oculaires de la scrofule et de la syphilis héréditaire (Bulletins de la Soc. franç. d'ophtal., 1884, p. 128).

— Traité des maladies des yeux. Paris, 1884.

Aquilar Blanch. — Contribution à l'étude de la kératite interstitielle (Rec. d'opht., 1882, p. 457).

Arlt. — Sur l'étiologie de la kératite (Wiener med. Wochens., 1879, nos 7 et 8).

Axenfeld. — Traité d'ophtalmologie, traduction franç. Paris, 1914.

Boie. — Contribution à l'étude de la kératite parenchymateuse, d'après le journal de la Clinique universitaire d'oculistique de Kiel. Th. Kiel, 1887.

Bosse. — Sur la kératite inters. hérédo-syphilitique et ses rapports avec les affections articulaires. Th. Berlin, 1895.

Brener. — Contribution à l'étude de la kératite parenchymateuse. Th. Giessen, 1895.

Buffet. — Contribution à l'étude de la kératite parenchym. diffuse. Th. Paris, 1877.

Bürstenbinder. — Sur l'iritis tuberculeuse et la kératite parenchymateuse (Archiv. f. Opht., 1895, XLI).

Carré. — Kératite parenchymateuse (Gaz. d'Opht., 1882, p. 517).

Couzon. — Contribution à l'étude de la kératite inters. dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise. Th. Paris, 1883.

Dabadie. — De la kératite parenchym. et en particulier de la kératite parenchym. maligne. Th. Paris, 1880.

Davidson. — De la surdité dans ses rapports avec la kératite panniforme et les dents incisives coniques (Ann. d'Ocul., 1871, LXV, p. 125).

El Loukaetis. — De la kératite parenchymateuse et en particulier de sa pathogénie et de son traitement. Th. Paris, 1892.

Fournier. — Syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.

Fuchs. — Manuel d'ophtalmologie, 2e édit. franç. Paris, 1897.

Giglio. — Tuberculose primitive de la cornée (Archivio di Ottalmologia, II, p. 324).

Goulfier. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la kérato-conjonctivite phlycténulaire. Thèse de Paris, 1912.

Haltenhoff. — Etiologie de la kératite inters. diffuse (Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'ophtal., 1887, V).

Hutchinson. — Kératite dans l'hérédo-syphilis (Opht. Hosp. Rep., 1871, VII, p. 46).

— Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire, trad. par le Dr Hermet. Paris, 1884.

Jeanselme et Morax. — Des manifestations oculaires de la lèpre (Ann. d'Ocul., 1898, t. 120, p. 321).

Kirmisson. — Kératite de Hutchinson (Rev. de Chirurgie, 1884, n° 9).

Laffitte. — De la kératite parenchymateuse. Th Paris, 1879.

Lagrange et Valude. — Encyclopédie française d'ophtalmologie. Paris, 1903-10.

Lagrange. — Précis d'ophtalmologie, 3e édition. Paris, 1907.

Lapersonne (de). — Maladies des paupières et des membranes externes de l'œil (Encyclopédie sc. Léauté, Paris).

— Kératites interstitielles, 6e leçon du cours de perfectionnement, 18 mai 1920.

— Blessures oculaires et accidents de travail (Leçons cliniques, 19, 26 mars et 22 juin 1920).

Lavergne. — De la kératite interstitielle. Th. Paris, 1887.

May et Bouin. — Manuel des maladies de l'œil, 3e édition, Paris, 1914.

Merz. — Kératite interstitielle (Americ. Journ. of. Ophtalm., 1890, p. 361).

Morax — Précis d'ophtalmologie, 2e édition, Paris, 1913.

Onfray. — Séméiologie des infiltrations interstitielles de la cornée chez l'adulte. Th. Paris, 1903.

Panas. — La tuberculose de la cornée (Archives d'ophtalmologie 1885, p. 193).

— Sur la kératite cachectique, appelée kératite hérédo-syphilitique (Gaz. des hôpitaux, 1872, nº 139).

— Traité des maladies des yeux. Paris, 1894.

Parinaud. — La kératite interstitielle et la syphilis héréditaire (Arch. gén. de méd., 1883, II, p. 521).

Park. — Quelques notes cliniques sur la kératite interstitielle (Omaha. Clin., 1890, III).

Pierre. — Nature des maladies scrofuleuses des yeux, des oreilles et du nez. Th. Paris, 1895.

Rachet. — Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la cornée. Th. Paris, 1887.

Sédan. — Contribution à l'étude de la kératite interstitielle (Rec. d'opht., 1887, p. 528).

Stephenson Sydney. — Etiologie of phlyctenular eye affections (Opht. Record. S. 522, 1900).

Stock. — Rôle de la tuberculose dans l'étiologie des affections chroniques de l'œil et de ses annexes, particulièrement de l'uvéite chronique (V. Graefes Archiv. vol. LXVI, 1907), analyse : Annales d'oculistique, 1908, tome I.

Stolper. — Zeitschrift f. Chirurgie, septembre 1902.

Strubell. — Kératite tuberculeuse. Th. de Wurzbourg, 1894.

Terrien. — Précis d'ophtalmologie, 2e édition. Paris, 1914.

— Syphilis de l'œil et de ses annexes. Paris, 1905.

Trousseau. — Sur l'étiologie de la kératite interstitielle (Ann. d'ocul., 1887, XCVII, p. 254).

Truc et Valude. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie, 1908.

Tschoumakowa (Mlle). — De quelques formes atténuées de la tuberculose du segment antérieur de l'œil. Th. Paris, 1911.

Wecker (de) et Landolt. — Traité d'ophtalmol., Paris, 1878.

Weekers. — L'exanthème de la conjonctivite phlyct. envisagé comme une toxi-tuberculide (Arch. d'opht. t. XXIX, nº 5, 1909).

— Nouvelle pathogénie des phlyctènes oculaires (Bull. de l'Acad. Royale de Belgique, oct. 1909).

Wojtasiewiez. — Rapport de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale. Th. Paris, 1886.

Zimmermann. — Sur un cas de kératite parenchymateuse tuberculeuse (Arch. f. Opht., 1895, XLI, 2).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, r. Racine, Paris — 4764-20